

主治医との面談をご希望の方へ

職場または学校の関係者の方が主治医との面談を希望される場合は、基本的には患者様（未成年の場合は保護者様）と一緒に来院してください。

患者様（保護者様）との日程調整が難しい等の特別な理由がある場合は、学校または職場関係者の方のみでの面談も可能ですが、同意書の提示と面談料（自費）のお支払いが必要になります。

患者様（保護者様）と一緒に面談される場合（保険診療）

予約

必ず、患者様（保護者様）から桜花会クリニック 医事課宛にご連絡ください。主治医と日程調整を行い、予約を確定いたします。

面談当日

必ず、患者様（保護者様）と一緒に来院してください。
面談費用は、保険診療としての取り扱いをさせていただきます。

学校または職場関係者の方のみで面談を希望される場合（自費）

患者様（保護者様）が同席されない場合は、以下の点にご留意ください。

- ① 患者様（保護者様）の同意書を持参してください。
- ② 通常の保険診療でお取り扱いできないため、自費でお支払いください。
お支払いは、患者様（保護者様）とご相談の上、どちらが負担されるかお決めください。当日のお支払いが難しい場合、別途ご相談ください。

予約

基本的には、患者様（保護者様）から桜花会クリニック宛にご連絡ください。主治医と日程調整を行い、予約を確定いたします。

面談当日

クリニック窓口に**同意書**を提出してください。
（同じ内容で同意書を作成いただいても結構です）
面談終了後、窓口で面談料をお支払いください。

※面談費用 5,500円（税込）

お問い合わせ

医療法人（財団）桜花会 桜花会クリニック 医事課 075-575-2880

受付時間：10：00～17：30 月曜日～金曜日

10：00～13：30 土曜日

（日曜・祝日等は除く）

同意書

医療法人桜花会 桜花会クリニック
所長 伊豆本 種野 殿

私は、(所属先) _____ (面談者氏名) _____ が

医療法人桜花会 桜花会クリニック _____ 医師と、私のよりよい社会生活のために面談し、クリニックがその費用を徴収することに同意します。

なお、今後自分の自由意志により面談を断る権利を有し、それにより如何なる社会生活上、診療上の不利益を被ることが無いことを了解しました。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人のお名前 _____ (印)

同意書

医療法人桜花会 桜花会クリニック
所長 伊豆本 種野 殿

私は、(学校名等) _____ (教員等氏名) _____ が

医療法人桜花会 桜花会クリニック _____ 医師と、子供のよりよい
学校生活のために面談し、クリニックがその費用を徴収することに同意します。

なお、今後自分の自由意志により面談を断る権利を有し、それにより如何なる社会
生活上、診療上の不利益を被ることが無いことを了解しました。

同意年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お子様のお名前 _____

保護者様のお名前 (続柄) _____ (印)